

Aus der Inneren Abteilung des
Hildegardis-Krankenhauses Mainz

SELBSTMORD UND SELBSTMORDVERSUCH
IM RAUME MAINZ UND SEINER NÄHEREN UMGEBUNG
IN DEN JAHREN 1970 UND 1971

Epidemiologische und deskriptive Aspekte
bei 372 Frauen

INAUGURALDISSERTATION
zur
Erlangung der Doktorwürde der Medizin
der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
den Medizinischen Fachbereichen
vorgelegt von

GERT PISTOR
aus Oberaula

Mainz

1975

Druck: Görich & Weiershäuser, Marburg

Aus der Inneren Abteilung des
Hildegardis-Krankenhauses Mainz

SELBSTMORD UND SELBSTMORDVERSUCH
IM RAUME MAINZ UND SEINER NÄHEREN UMGEBUNG
IN DEN JAHREN 1970 UND 1971

Epidemiologische und deskriptive Aspekte
bei 372 Frauen

INAUGURALDISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde der Medizin
der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

den Medizinischen Fachbereichen
vorgelegt von



GERT PISTOR

aus Oberaula

Mainz

1975

Druck: Görich & Weiershäuser, Marburg

Fachbereichsdekan:

Professor Dr. E. Straub

Referent:

Professor Dr. P. Baum

Korreferent:

Professor Dr. H. P. Schuster



G l i e d e r u n g

- I Einleitung
- II Methode
- III Grundauszählung
 - 1. Alter
 - 2. Familienstand
 - 3. Religion
 - 4. Beruf
 - 5. Nationalität
 - 6. Motive
 - 7. Methode und Schweregrad bei Vergiftungen
 - 8. Ausgang
- IV Einflüsse besonderer Art
 - ... durch das Alter
 - ... durch den Familienstand
 - ... durch den Beruf
 - Die Rolle des Alkohols
- V Zusammenfassung
- VI Hinweise zur Prophylaxe von Selbstmord-
 handlungen
- VII Schlußbetrachtung

Literaturverzeichnis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554413_0113

Einleitung

Bis in die jüngste Vergangenheit bestand eine erhebliche Unsicherheit bei der Beurteilung eines Menschen, der Selbstmord oder einen Selbstmordversuch begangen hatte, und auch heute noch wird die Vorstellung nicht unwesentlich durch religiöse, idealistische oder juristische Anschauungen geprägt. Daher erklären sich sowohl die Verherrlichung des Selbstmordes "in Begriffen" wie "höchste menschliche Freiheit", "Treuebeweis", "Tapferkeit" und "Ehrenrettung" als auch die verurteilende Ablehnung in der Anklage einer Schuld im moralischen, eines strafbaren Vergehens im rechtlichen und einer Sünde im christlichen religiösen Sinn oder einer sittlichen Schande nicht nur für den Selbstmörder, sondern auch für dessen Angehörige in der vertuschenden Beschämung, während im klassischen Griechenland Selbstmord akzeptiert und in der Literatur dramatisch eingesetzt wurde, wenn er eine heilige Erfüllungspflicht zur Wahrung der göttlichen Gesetze war. Sämtliche genannten Vorstellungen versuchten eine Erklärung des Selbstmordgeschehens durch die Wertung aus der Sicht eines bestehenden Ordnungssystems, wobei sich die Interpretation zweckdienlich der Bewahrung dieses Systems unterwarf. Somit wurde der Blickwinkel auf die in Gefahr geratene Ordnung gerichtet, das System verdiente Beachtung - nicht der Mensch. Verständlicherweise konnten diese Vorstellungen keine das Selbstmordgeschehen erklärenden Deutungen finden, notwendig ist vielmehr die Darstellung des Menschen, seiner Probleme, Konfliktsituationen, Entwicklungen und Erkrankungen, um ein Verständnis für Selbstmordhandlungen und einen Ansatz zu ihrer Vermeidung zu entwickeln.

Die zunehmende Bedeutung solcher Untersuchungen wird ersichtlich, wenn der Anteil der Suizide in die Statistik der häufigsten Todesursachen einbezogen wird:

"Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, daß jährlich knapp 1/2 Million Menschen Suizid verüben, täglich etwa 1.000. In der Bundesrepublik begehen Selbstmord - auf 100.000 Einwohner bezogen - jährlich 19,5 Menschen; der Suizid ist damit die dritthäufigste Todesursache der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 45 Jahren."
(SCHULTE TÖLLE S. 65, Zeilen 35 bis 39).

Methode

Das vorliegende Aktenmaterial stammt aus den Archiven der Universitätsklinik Mainz (Psychiatrie, Innere Medizin, Chirurgie) und der Polizei in Mainz. Um bei der Fülle der Daten eine bessere Übersichtlichkeit zu erreichen, wurde die Auswertung nach festen methodischen Gesichtspunkten gegliedert. Dabei wurden die Schwerpunkte auf Altersabhängigkeit, familiäre Situation, Beruf, Motive und Methoden gelegt, mit anderen Merkmalen korreliert und mittels Chi - Quadrat - Test auf Signifikanz geprüft; die Irrtumswahrscheinlichkeit "P" einer geprüften Abhängigkeit zweier Variablen ist unter den abgedruckten Tabellen jeweils erwähnt. Eine Deutung untersuchter Abhängigkeit wurde nur bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit unter 5 % vorgenommen, die als statistisch signifikant erachtet wurde. Die ausgedruckten Irrtumswahrscheinlichkeiten P ermitteln sich aus den tabellarisch nachschlagbaren Daten in unter 5 %, unter 2,5 %, unter 1 % und unter 0,1 %, können jedoch aufgrund der Natur der geprüften Abhängigkeiten nicht den Anspruch einer mathematisch exakten Irrtumswahrscheinlichkeit halten.

Die von der Stadt Mainz aus dem Gemeindeblatt der Volkszählung von 1970 Blatt 1 bis 4, dem statistischen Landesamt Bad Ems (Wohnbevölkerung Stadtkreis Mainz am 31.12.1971) und dem statistischen Jahrbuch von Rheinland-Pfalz von 1971 erhältlichen bevölkerungsstatistischen Zahlen wurden mit den Städtlern des Patientenguts, wobei auch im Übrigen nur vereinzelt aufgenommene Einwohner anderer Städte miteinbezogen sind, verglichen und auffällige Verteilungen mit o. g. Test auf Signifikanz geprüft.

Alle Prozentangaben wurden grundsätzlich bis auf eine Dezimalstelle berechnet. Wenn sich die Prozentangaben im Text oder in Tabellen auf Fallzahlen unter 100 bezogen, wurden sie durch eine Anmerkung und das Zeichen $n < 100$ kenntlichgemacht.

In die Mainzer Universitätsklinik werden nahezu alle Patienten aus der Stadt Mainz und den umliegenden Orten nach Selbstmordhandlungen eingeliefert. Der Anteil der in andere Krankenhäuser aufgenommenen Patienten ist unbedeutend klein. Da einerseits aus weiter entfernten Orten vermehrt die schweren Fälle eingeliefert wurden, andererseits eine hohe Dunkelziffer bei den leichteren suizidalen Vergiftungen oder Verletzungen zu erwarten ist, muß davon ausgegangen werden, daß die schweren Fälle zahlenmäßig überrepräsentiert sind - eine methodische Einschränkung, die bei vergleichenden Untersuchungen anderer Städte ebenfalls erwähnt wird.

Um eine sprachlich definierte Trennung zu erreichen und nicht etwa, weil das Suizidgeschehen grundsätzlich getrennt werden sollte, wird im folgenden Selbstmord die tödlich und Selbstmordversuch die nicht tödlich ausgegangene Handlung genannt.

Grundauszählung

Alter

Insgesamt wurden 372 Suizide und Suizidversuche von Frauen aus den Jahren 1970 und 1971 analysiert; derselbe Zeitraum umfaßt im männlichen Aktengut 228 Patienten, wobei die Unterlagen beider Geschlechter jeweils aus den gleichen Archiven stammen.

Die Anzahl der Frauen überwiegt die der Männer mit einem Verhältnis von 1,63 zu 1 deutlich; ähnliche Geschlechtsrelationen werden von Kalnius (1,57 zu 1) und Böcker (1,41 zu 1) aus den Städten Hamburg bzw. Köln beschrieben.

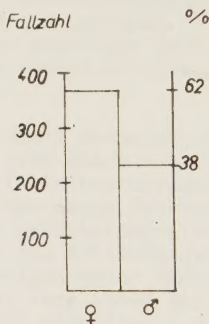


Abbildung 1:

Geschlechtsverhältnis aller registrierten Fälle (Selbstmorde und Selbstmordversuche)

Es ist eine lange bekannte Tatsache, daß bei Einbeziehung aller Suizidhandlungen die Anzahl der Frauen überwiegt, bei der isolierten Analyse der Selbstmorde aber die Männer in der Überzahl sind. Wir registrierten unter dieser

Fragestellung mit 27 Suiziden bei Frauen und 49 bei Männern ein Geschlechtsverhältnis von 0,55 zu 1. Deutlicher noch zeigt sich der Geschlechtsunterschied im Verhältnis der anteilmäßigen Prozentzahlen: 7,3 Prozent aller Frauen und 21,5 Prozent aller Männer starben durch Suizid. Umgekehrt zeigt sich entsprechend das Verhältnis der Selbstmordhandlungen ohne tödlichen Ausgang mit 1,97 zu 1 deutlich zugunsten der weiblichen Bevölkerung. (s. auch Abbildungen 1 bis 3)

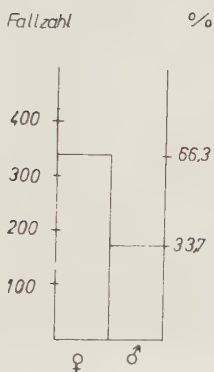


Abbildung 2:

Geschlechtsverhältnis der Suizidversuche

Die für die höheren Überlebenschancen der Frauen maßgeblichen Gründe sollen später noch eingehend erörtert werden.

Die Altersverteilung aller Suizidhandlungen in Fünfjahresgruppen (16 Gruppen) zeigt einen deutlichen Gipfel bei den 16 - 20 jährigen Frauen (20,2 Prozent), während dieselbe Altersgruppe der Männer zahlenmäßig im Vergleich mit den nachfolgenden Altersgruppen (s. Abbildung 4 und Tabelle 1) unauffällig erscheint, sodaß eine geschlechtsspezifische Suizidanfälligkeit bei den Frauen in diesem Lebensabschnitt zu vermuten ist; die Kurve der Altersverteilung läuft bei den Frauen bis in die Gruppe der 16 - 20 jährigen steil ansteigend, um dann auch relativ steil abzufallen, bei den Männern wird der Gipfel erst bei den 21 - 25 jährigen erreicht, überragt die Gruppen der 16 - 40 jährigen jedoch nur gering und fällt dann sehr flach in die höheren Altersgruppen ab.

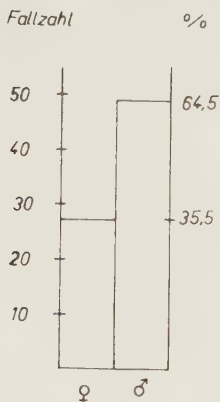


Abbildung 3:

Geschlechtsverhältnis der Suizide

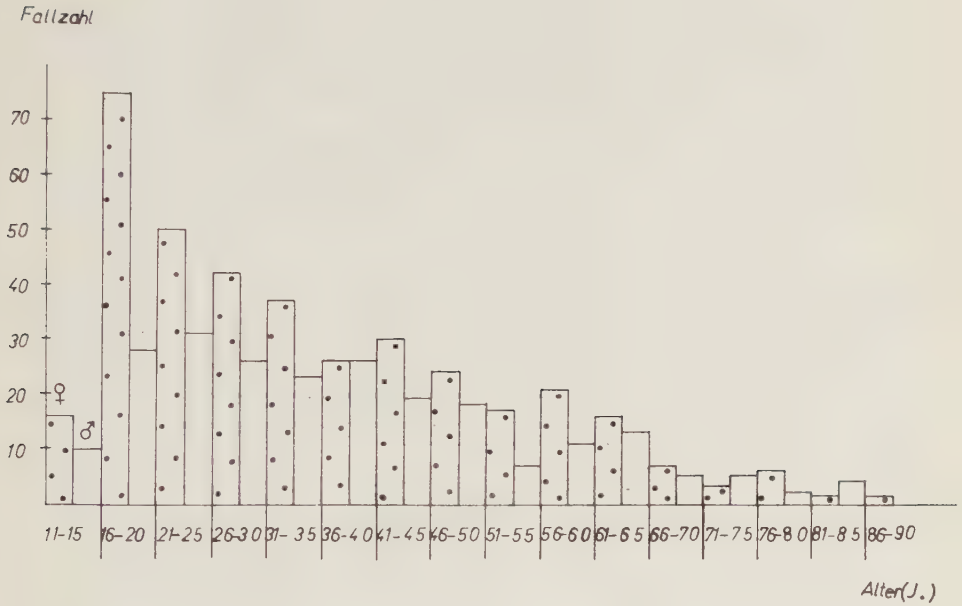


Abbildung 4:

Aufteilung aller Suizidhandlungen von Frauen und Männern nach dem Alter (Männer nach Unterlagen von PISTOR, W.).

Alter in Jahren	% ♀	% ♂
11 - 15	4,4	4,3
16 - 20	20,2	12,2
21 - 25	13,5	13,6
26 - 30	11,3	11,4
31 - 35	10,0	10,0
36 - 40	6,9	11,5
41 - 45	8,0	8,5
46 - 50	6,4	8,0
51 - 55	4,5	3,1
56 - 60	5,6	4,9
61 - 65	4,2	5,7
66 - 70	1,8	2,0
71 - 75	0,9	2,1
76 - 80	1,6	0,8
81 - 85	0,3	1,7
86 - 90	0,3	0
	100 %	100 %

Tabelle 1:

Prozentualer Anteil der Frauen und Männer in
Abhängigkeit vom Alter.

Da die schematische Aufteilung des Akutengutes in Fünfjahresgruppen mit Ausnahme der 16 - bis 20 - Jährigen innere Probleme einzelner Altersgruppen unberücksichtigt läßt, wurden weitere Abhängigkeiten einzelner Lebensphasen in den Gruppen 11 - 15, 21 - 30, 31 - 50, 51 - 65, 66 - 75 und 76 Jahre und älter unter den hypothetischen Problemkreisen Kindheit, Schule, Pubertät, Berufsausbildung und -ausbau, Ehebeginn, Familiengründung, Berufshöhepunkt, Kindererziehung, Berufsende, familiäre Trennung von den Kindern bzw. den Eltern, Rentner, Involution sowie Senium geprüft und mit der Normalbevölkerung verglichen.

Betrachten wir zunächst die Gruppe der 16 - bis 20 - Jährigen: In der Mainzer Stadtbevölkerung* sind 7,7 % der Frauen im Alter von 16 bis 20 Jahren, in unserem Patientengut 22,6 %; ebenfalls signifikant ist der Unterschied bei den 21 bis 30 - Jährigen mit 18,0 % Anteil an der Normalbevölkerung und 25,8 % an Suizidhandlungen, während der Anteil der 31 bis 50 - Jährigen kaum von dem der Normalbevölkerung abweicht. Die drei ältesten Gruppen sind dagegen in der Normalbevölkerung höheranteilig als in unserem Patientengut (s. Tabelle 2).

Alter in Jahren →	11-15	16-20	21-30	31-50	51-65	66-75	76 u. älter	Summe
Suizidhandlungen Stadt	7	42	48	51	23	5	5	181
Prozent	3,8	22,6	25,8	27,4	15,0	2,7	2,7	100
Bevölkerung Mainz	5595	6165	14425	24037	16306	9007	4465	80000
Prozent	7,0	7,7	18,0	30,0	20,4	11,3	5,6	100

Tabelle 2: ($P < 0,1$ %)

Altersabhängigkeit der Einwohnerzahl und der Suizidhandlungen in Mainz in absoluten Zahlen und im prozentualen Vergleich.

* Anmerkungen: Die Prozentzahlen errechnen sich nach Elimination der 0 - 10 - Jährigen aus der Bevölkerung von Mainz

Um eine zahlenmäßig anschauliche Vorstellung von dem altersgruppen- und somit problemkreisgruppenabhängigen Risiko einer Selbstmordhandlung zu bekommen, wurden die prozentualen Verteilungen in Krankengut und Normalbevölkerung verglichen und ein Verteilungsindex der Altersgruppen erstellt, wobei jede Abweichung von dem Wert 1 ergibt, wieviel mal häufiger bzw weniger in der entsprechenden Altersgruppe eine Suizidhandlung registriert wurde als der Verteilung der Normalbevölkerung entspricht. Dieser Index beträgt für die 11 - 15 - Jährigen 0,54 - eine geringe Zahl, die möglicherweise durch eine nicht unerhebliche Dunkelziffer kindlicher Selbstmorde verfälscht wird - , für die 16 - 20 Jährigen 2,94, die 21 - 30 Jährigen 1,43, die 31 - 50 Jährigen 0,91, die 51 - 65 Jährigen 0,74, die 66 - 75 Jährigen 0,24 und für die 76 Jährigen und Älteren 0,48.

Familienstand

Die Aufschlüsselung des Familienstandes nach Ledigen, Verheirateten, Geschiedenen und in Scheidung Befindlichen weist bei Registrierung aller Fälle folgende Verteilung auf:

Ledige Patientinnen wurden 130 -mal verzeichnet, verheiratete 178 -mal, verwitwete 29 -mal, geschiedene 25 -mal, in Scheidung befindliche 9 -mal und in einem Fall lag keine Angabe vor (siehe auch prozentuale Verteilung in Tabelle 3).

Familienstand	Anzahl	Prozent
ledig	130	34,9
verheiratete	178	47,9
verwitwet	29	7,8
geschieden	25	6,7
in Scheidung	9	2,4
keine Angabe	1	0,3
Summe	372	100,0

Tabelle 3:

Aufschlüsselung des Familienstandes nach Anzahl der Patientinnen und Prozent.

Familienstand	Umgebung der Stadt und Dorf		Stadt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ledig	54	29,5	76	41,1
verheiratet	104	56,8	72	38,9
verwitwet	12	6,6	17	9,2
geschieden	10	5,5	15	8,1
in Scheidung bef.	3	1,6	5	2,7
Summe	183	100,0	185	100,0

Tabelle 4: $P < 2,5 \%$

Familienstand in Abhängigkeit vom Wohnsitz

Wie die Tabelle 4 zeigt, verteilt sich das Aktengut jedoch nicht homogen auf die städtischen bzw. nicht-städtischen Patientinnen, wobei besonders der hohe Anteil der verheirateten Nichtstädter und der ledigen Städter bemerkenswert ist.

Diese Unterschiede beweisen jedoch ohne die vergleichende Einbeziehung der Normalbevölkerung noch keine Gefährdung der beiden Gruppen oder etwa ein fehlendes Risiko für Geschiedene, in Scheidung Befindliche oder Verwitwete. Eine Aussage über die verheirateten Nichtstädter ist aufgrund fehlender Bezugswahlen überhaupt nicht möglich. Tabelle 4 hat somit lediglich deskriptiven Charakter.

Nach Abzug der in Scheidung befindlichen Städter verbleiben 180 Patientinnen, die in den Gruppen ledig, verheiratet, verwitwet und geschieden mit den vorliegenden Zahlen der Mainzer Bevölkerungsstatistik verglichen werden können (siehe Tabelle 5).

Familien- stand	Stadtpatienten		Bevölkerung Mainz	
	Anzahl	Prozent	Prozent	Anzahl
ledig	76	42,3	37,2	34473
verheiratet	72	40,0	46,7	43499
verwitwet	17	9,4	13,0	12090
geschieden	15	8,3	3,1	2887
Summe	180	100,0	100,0	92949

Tabelle 5: ($P < 0,1 \%$)

Selbstmord und Selbstmordversuch (nur Stadt) nach Familienstand im Vergleich mit der Mainzer Bevölkerung

Auffallend ist wiederum der mit 42,3% hohe Anteil der ledigen Patientinnen (Normalbevölkerung 37,2 %); verschiedene Patientinnen sind mit 8,3 % gegenüber 3,1 % in der Normalbevölkerung besonders stark gefährdet. Suizidhandlungen unter Verwitweten und Verheirateten waren seltener als erwartet.

Konfessionelle Bindung

In vielen Untersuchungen wird auf den Einfluß der Religion auf Selbstmordhandlungen hingewiesen, wobei besonders die geringe Gruppenintegration der evangelischen Bevölkerung gegenüber der katholischen als Ursache einer erhöhten Selbstmordanfälligkeit angeführt wird (Durkheim). Bei der Gegenüberstellung von geographischer Herkunft und der Religionsangehörigkeit aufgegliedert nach evangelisch, katholisch und sonstiger Glaubensrichtung, läßt sich keine statistisch signifikante Auffälligkeit nachweisen:

Ganz offenbar beeinflußt die religiöse Bindung das Suizidgeschehen unabhängig von ländlicher oder städtischer Lebensweise. Das Religionsverhältnis der Normalbevölkerung von Mainz unterscheidet sich mit 59,3 % Katholiken und 40,7 % Evangelischen - berechnet aus dem "Gemeindeblatt der Volkszählung 1970" von Mainz - deutlich von unserem Krankengut, in dem 50,9 % katholisch und 49,1 % evangelisch sind (siehe Tabelle 6).

	evang.		kath.	
	Pat.	Prozent	Pat.	Prozent
Suizidhandlungen Stadt ♀	79	49,1	82	50,9
Bevölkerung Mainz ♀	34597	40,7	50357	59,3

Tabelle 6: (P < 5 %)

Abhängigkeit der Suizidhandlungen in Mainz von der Glaubensgemeinschaft.

Die entsprechenden Zahlen der männlichen Bevölkerung zeigen nach Pistor W. ähnliche Verhältnisse (s. Tabelle 7), jedoch scheint die verminderte Anfälligkeit der Katholiken für Suizidhandlungen weniger ausgeprägt. Es bleibt in Frage gestellt, ob die katholische Glaubensrichtung für Frauen einen besseren Schutz vor Suizidhandlungen bietet als für Männer.

	evang.	kath.
Suizidhandlungen Stadt ♂	46,2	53,8
Bevölkerung Mainz (♂)	40,8	59,2

Tabelle 7:

Abhängigkeit von der Religionszugehörigkeit in Mainz durch Vergleich mit der Normalbevölkerung (Männer) in %.

Beruf

Soziale Einstufung, psychische Belastung und Verantwortung sind oft berufsbedingt, ebenso wie der Beruf von der Verantwortungsfähigkeit, psychischen Belastbarkeit und sozialen Faktoren abhängt. Mit der Zunahme der arbeitenden weiblichen Bevölkerung gewinnen berufsbedingte Probleme immer mehr an Bedeutung und sollten heute in einer Studie über Selbstmord und Selbstmordversuch bei Frauen nicht mehr unerwähnt bleiben.

Zunächst soll descriptiv die prozentuale Verteilung der Suizidhandlungen in den registrierten Berufen erwähnt werden: 38,7 % waren Hausfrauen ohne nähere Angaben über früher ausgeübte Berufe oder abgebrochene Berufsausbildungen, der gleiche Prozentsatz Beamte, Angestellte oder Arbeiter, wobei eine Einzelaufschlüsselung aufgrund fehlender Angaben nicht möglich war, 8 % waren Schüler, 4,8 % Rentner, 3,2 % Studenten, 2,4 % freiberuflich tätig, 2,4 % stellungslos und in 2,7 % lag keine Berufsangabe vor. 10,5 % waren in medizinischen bzw. paramedizinischen Berufen tätig, 5,6 % im Gaststättengewerbe und 65,9 % in anderen Berufen. Bei 18 % lag keine Angabe über den Berufsinhalt vor.

Der prozentuale Vergleich mit der Normalbevölkerung ist aufgrund einer wenig ausführlichen Bevölkerungsstatistik von Mainz nur bei den freien Berufen, den Angestellten, Beamten und Arbeitern, den Schülern und den Studenten möglich. Die geringe Selbstmordgefährdung der Schüler (s. Tabelle 8) läßt sich auf die statistische Einbeziehung der jüngeren Altersgruppen zurückführen, in denen Selbstmordhandlungen - möglicherweise wegen einer nicht unerheblichen Dunkelziffer - relativ selten registriert werden.

	freier Beruf	Beamte Angestellte Arbeiter	Schüler	Student.	Summe
Bevölkerung Mainz	3,1	62,6	29,2	5,1	100
Suizidhandlungen Stadt	2,9	74,0	14,4	8,7	100

Tabelle 8: ($P < 1\%$)

Abhängigkeit der Selbstmordhandlungen vom Beruf durch Vergleich mit der Normalbevölkerung in Prozent.

Gefährdet sind dagegen die Beamten, Angestellten und Arbeiter; diese Gruppe ist jedoch insgesamt inhomogen, sodaß eine Deutung der gemeinsamen Problematik nicht möglich scheint. Entsprechend einer Meldung der Deutschen Presseagentur vom 01.06.1974 ("Selbstmordrate bei Jugendlichen nahm zu.") läßt sich in Mainz bei den Studenten ein erhöhter Anteil an Suizidhandlungen nachweisen.

Über den Ausbildungsstand existieren keine bevölkerungsstatistischen Vergleichszahlen. Die Registrierung der folgenden Angaben ist deskriptiv und somit geeignet zum Vergleich mit weiteren Analysen aus dem gleichen Gebiet (s. Tabelle 9).

Berufsausbildung	Anzahl	Prozent
Ausbildung abgeschlossen	85	22,8
Ausbildung abgebrochen	13	3,5
keinen Beruf erlernt	49	13,2
in der Ausbildung	52	14,0
keine Angabe	173	46,5
Summe	372	100,0

Tabelle 9:

Berufsausbildung im prozentualen Anteil und in absoluten Zahlen.

Nationalität

Der Anteil der Ausländer an der Gesamtbevölkerung liegt in Rheinland Pfalz bei 2,2 %, in Mainz bei 4,8 % (Statistisches Jahrbuch Rheinland Pfalz 1970, S. 74, Spalte 4, Zeilen 29 und 48). Selbstmordhandlungen von Ausländern wurden in 4,85 % registriert, bewegen sich also zahlenmäßig im Rahmen ihres Bevölkerungsanteils, wenn man ihren häufigeren städtischen Lebensraum miteinbezieht. Allerdings sind die registrierten Zahlen zu gering, um eine sichere Aussage zu ermöglichen (s. Tabelle 10), eine erhöhte Gefährdung der Ausländer ließ sich jedenfalls nicht nachweisen. Die weitere Aufschlüsselung in Südländer, Nordländer, Asiaten, Afrikaner und Amerikaner bringt aufgrund des geringen Zahlenmaterials keine verwertbaren Erkenntnisse.

Nationalität	Anzahl	Prozent
Südländer	9	2,4
Nordländer	2	0,55
Asiaten	6	1,6
Afrikaner	1	0,3
Deutsche	352	94,6
Keine Angabe	2	0,55
Summe	372	100,00

Tabelle 10:

Aufschlüsselung der Nationalität nach Anzahl der in- und ausländischen Patientinnen und prozentualem Anteil.

Motive

Bei der vorliegenden Studie war es nur in wenigen Fällen möglich, die tieferen Beweggründe für Suizidhandlungen aufzudecken, dennoch sollten die gefundenen Motive nicht nur als ein allzu vordergründiger Anlaß verstanden werden: "Das vorgegebene Motiv erhellt nämlich häufig die Situation, in der es zur Selbstmordhandlung kam." (BÖCKER S. 20, Zeilen 23 - 24) ... "Es beleuchtet lediglich den Abschluß, bezeichnet also den Punkt, an dem die Entwicklung als nicht mehr ertragbar erlebt wird." (BÖCKER S. 20, Zeilen 29 - 31) ... "Einige solcher Entwicklungsstufen sind nun gehäuft als Selbstmordmotive nachweisbar. Diese erhalten eine allgemeine Bedeutung." (BÖCKER S. 20, Zeilen 33 - 34)

Die häufigsten Motive waren in zahlenmäßiger Folge der Liebeskonflikt (129 Patientinnen), wobei voreheliche Konflikte mit 63 Fällen häufiger waren als eheliche (61 Fälle) und nur selten außereheliche (5 Fälle); häusliche Schwierigkeiten wurden 100 mal registriert, am häufigsten mit den Eltern (53 mal), 18 mal mit den Kindern, 15 mal mit Mitbewohnern und 14 mal mit anderen als den o. g. Verwandten; durch eine eigene schwere Erkrankung wurden die Patientinnen in 45 Fällen und somit etwa gleichhäufig wie durch Vereinsamung (44 Fälle) motiviert; relativ oft wurden endogene Psychosen (Doppelregistrierung mit "eigener schwerer Erkrankung") (38 Patientinnen), Schwierigkeiten bei der Arbeit (38 mal) und Milieuveränderungen (37 mal) verzeichnet (s. Tabelle 11). Ein schon länger bestehendes gestörtes Verhältnis zu den Eltern hatten vor der Suizidhandlung 45 Patientinnen, 100 hatten Schwierigkeiten mit dem Ehemann und 53 in einem Freundschaftsverhältnis.

Die vorrangige Bedeutung der Liebes- und Eheprobleme werden von Pöldinger in seinem Buch "Die Abschätzung der Suizidalität" bestätigt: "Versucht man die Untersuchungen über Selbstmord zusammenzufassen, so kann man verallgemeinernd sagen, daß bei Männern vorwiegend Probleme des Berufes für den Entschluß der Selbstmordhandlung maßgeblich waren, bei Frauen dagegen Motive, die sich aus Liebes- oder Eheproblemen ableiten ließen." (S. 17 Zeilen 22 - 26) Auch neueste Untersuchungen bestätigen diese Problematik, wonach 66 Prozent der Frauen von daher motiviert seien (DPA - Meldung der Frankfurter Allgemeinen Zeitung vom 21.02.1975) (nach Artur Reiner, Klinikpfarrer, Heidelberg).

Motive	Patientinnen *
Liebeskonflikt	129
häusliche Schwierigkeiten	100
eigene schwere Erkrankung	45
Vereinsamung	44
endogene Psychose	38
Schwierigkeiten bei der Arbeit	38
Milieuveränderung	37
Abusus eines Partners	30
eigener Abusus	20
finanzielle Sorgen	16
Schwierigkeiten in Schule oder Ausbildung	15
Tod in der Familie	12
leichte Erkrankung	12
Scheidung	10
Hypochonder	9
unerwünschte Gravidität	9
Schwierigkeiten bei der Kindererziehung	9
Pubertätskrise	7
Krankheit in der Familie	5
Delikt in der Familie	2
Kriminelle Tat	1
Torschlußpanik	1
Kinderlosigkeit	1

Tabelle 11:

Motive in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit

* Anmerkung: Da häufig mehrere Motive vorlagen, ergibt die Summe mehr als die Anzahl der registrierten Patientinnen (372 Fälle).

Methoden und Schweregrad bei Vergiftungen

Auffallend ist der Trend einer weiteren Zunahme von Tablettenintoxikationen (vgl. BÖCKER, Tabelle 17, S. 14) mit der besonderen Bevorzugung der Hypnotica und/oder Sedativa in 66,9 % aller angewandten Methoden; bei Addition aller mit Tabletten verübten Suizidhandlungen steigt der Prozentsatz gar auf 83,3 % während die "harten Methoden" wie Strangulation, Pulsadereröffnung, Ertrinken, Erschießen, Erstechen und Fenstersprung den relativ geringen Anteil von 13,5 % ausmachen; wesentlich unterschiedlich verhielt sich das männliche Untersuchungsgut: 68,7 % Tablettenintoxikationen bei Männern bestätigen den von Böcker in der Kölner Studie gefundenen Wert von 68,2 % (BÖCKER S.14, Tabelle 17). Eine Übersicht über die angewandten Methoden und ihre Häufigkeit im prozentualen Geschlechtsvergleich zeigt Tabelle 12, aus der sich nach Zusammenfassung auf eine Suizidhandlung mit einer der o. g. harten Methoden 7 mit Tablettenintoxikationen errechnen; bei Männern ist das entsprechende Verhältnis eins zu drei. 64, 1 % der Frauen mit Tablettenintoxikationen waren und blieben nach der Suizidhandlung örtlich, zeitlich und über ihre Person vollständig orientiert und wiesen nur leichte Zeichen einer Vergiftung auf; 27,2 % waren nicht ansprechbar und zeigten bei normal erhaltenen Reflexen mittelschwere Intoxikationserscheinungen; schwere Vergiftungen mit Reflexausfällen bzw. Steigerungen wurden bei 8,7 % beobachtet.

Wie weiter oben bereits angedeutet, ist die Korrelation der Frauen zu den nicht harten Methoden statistisch signifikant (s. auch Tabelle 13), nun zeichnet sich bei dem Vergleich des Intoxikationsgrades von Frauen und Männern ab, daß die Frauen nicht nur die "weicheren Methoden" wählten, sondern auch innerhalb dieser Methoden zu einem geringeren Schweregrad der Vergiftung tendierten. Leichte Vergiftungen waren bei Männern mit 51,6 % seltener, mittelschwere mit 32,9 % und schwere Intoxikationen mit 15,5 % dagegen häufiger. Allerdings ist bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 bis 10 Prozent eine statistisch signifikante Aussage nicht möglich. Weitere Untersuchungen sollten die vermutete Tendenz überprüfen.

Methoden	Frauen		Männer
	Anzahl	Prozent	Prozent
Hypnotica und/oder Sedativa	253	66,9	53,0
Analgetica	20	5,3	3,5
Sonstige Arzneimittel	27	7,1	8,3
Gas	1	0,3	1,7
Ätzgifte	3	0,8	0,4
Herbizide und/oder Insektizide	3	0,8	3,1
sonstige Gifte	5	1,5	1,7
Hypnotica und Analgetica	15	4,0	3,9
Strangulation	12	3,2	7,0
Pulsadereröffnung	21	5,5	6,5
Ertrinken	5	1,3	1,7
Erschießen	0	0,0	4,4
Erstechen	1	0,3	1,3
sonstige harte Methode	6	1,6	1,3
Fenstersprung	6	1,6	2,2
Summe *	378	100,0	100,0

Tabelle 12:

Angewandte Methoden in Fallzahl und prozentuaem Vergleich mit den Männern (nach Unterlagen von PISTOR, W.).

* Anmerkung: Da in 6 Fällen zwei Methoden angewandt wurden, ergibt die Summe mehr als die Anzahl der registrierten Patientinnen (372 Fälle).

Methoden

Geschlecht	absolut		Prozent	
	Tabletten	Harte Methoden	% Tabletten	% Harte Methoden
Frauen	315	45	87,5	12,5
Männer	158	53	74,9	25,1

Tabelle 13: ($P < 0,1\%$)

"Harte" und "weiche" Methoden in Abhängigkeit vom Geschlecht (Männer nach Unterlagen von PISTOR, W.)

Da im allgemeinen davon ausgegangen werden muß, daß Patienten die in einer Tablette enthaltenen Substanzmengen quantitativ nicht bekannt sind, kann es nur sinnvoll sein, die eingenommenen Giftmengen entsprechend der subjektiven Wertung der Patienten in Anzahl der Tabletten zu beurteilen: Bis zu 10 Tabletten - das bedeutet im allgemeinen die nur teilweise Einnahme der kleinsten Originalpackung - wurde als geringe Menge, bis zu 20 Tabletten - d. h. vollständige Einnahme der kleinsten Packung bzw. Einnahme mehrerer angebrochener Packungen als mittlere und darüber liegende Mengen als große gewertet. Bei dieser Gruppierung wurden 41,2 % kleine, in 36,4 % mittlere und in 22,4 % größere Einnahmemengen registriert - eine deutliche Bevorzugung der geringen Mengen also, während von Männern häufiger mittlere Mengen (36,8 %) als kleine (34,4 %) oder größere (28,8 %) eingenommen wurden.

Rezeptpflichtige Mittel wurden von Frauen^{*} in 79,1 %, von Männern in 66,7 % verwendet. Es ist zu vermuten, daß der hohe Anteil der rezeptpflichtigen Mittel aus angelegten "Hausapotheken" stammt. Daraus leiten sich prophylaktisch wichtige Forderungen ab: Rezeptur nur kleiner Tablettenmengen, besonders bei Hypnotica und Sedativa; regelmäßige Überprüfung der "Hausapotheken" durch den Hausarzt und Elimination überschüssiger Tabletten, besonders bei gefährdeten Personengruppen.

*Anmerkung: Frauen mit Tablettenintoxikationen;bezogen auf alle Selbstmordhandlungen sind die entsprechenden Anteile bei Frauen 55,9 % und bei Männern 40,4 %.

Folgen

Das Verhältnis von Suizidversuch zu Suizid - "die Angaben der Autoren schwanken zwischen 3 zu 1 und 10 zu 1" (SCHULTE - TÖLLE, S. 65, Zeilen 40 - 41) - betrug bei den Frauen 13,8 zu 1, bei den Männern 4,7 zu 1 und insgesamt 7,9 zu 1; 7,3 % der Frauen starben durch Suizid; je 2 Patientinnen (0,5 %) blieben somatisch oder psychisch geschädigt - ein geringer Prozentsatz, der nur durch das rasche Eintreten intensivmedizinischer Betreuung und Überwachung zu erreichen war. Das gilt besonders für die 96 % geretteter Frauen, die die "weichen Methoden" anwandten (4 % dieser Gruppe starb durch Suizid), während zu den 28 % derer, die "harte Methoden" anwandten, häufig jede Hilfe zu spät kam (72 % wurden gerettet).

Der Einfluß des Alters

Wie bereits weiter oben erwähnt, fällt die Gruppe der 16 - 20 Jährigen durch ihren verhältnismäßig hohen Anteil an Suizidhandlungen auf (22,6 %). Nun sollte man erwarten, daß bei einer homogenen Rate an Selbstmordhandlungen mit tödlichem Ausgang in dieser Gruppe besonders viele Frauen durch Suizid sterben. Während aber bei insgesamt 7,3 % aller Frauen der Suizid tödlich endete, ist der Anteil der 16 - 20 Jährigen mit nur einem Fall (entsprechend 0,3 %) äußerst gering. noch deutlicher zeigt sich die geringe Suizidrate der 16 - 20 Jährigen bei der prozentualen Registrierung der Suizidhandlungen mit tödlichem Ausgang in den jeweiligen Altersgruppen, wobei besonders die ca. 20 - fache Todesrate der älteren Suizidanten (66 Jahre und älter) gegenüber der Gruppe der 16 - 20 Jährigen zu erwähnen ist (s. Abbildung 5), während Selbstmordhandlungen insgesamt in den älteren Gruppen seltener werden (s. Abbildung 6 und Abbildung 7). In allen Altersgruppen war der Anteil der Männer bei Suiziden größer, besonders deutlich bei den 21 - 30 Jährigen (4,4 % Suizide von Frauen und 17,9 % von Männern), bei den 31 - 50 Jährigen (6,0 % Frauen und 21,7 % Männer) und den 51 - 65 Jährigen (18,9 % Frauen und 46,7 % Männer). Insgesamt hatten die Suizidhandlungen bei 21,5 % aller Männer tödlichen Ausgang, bei Frauen in 7,3 %.

Da eine signifikante Abhängigkeit zwischen Alter und Ausgang der Suizidhandlung besteht, wurde im folgenden die Hypothese einer Altersabhängigkeit der angewandten Methoden und der Ernsthaftigkeit der Durchführung geprüft.

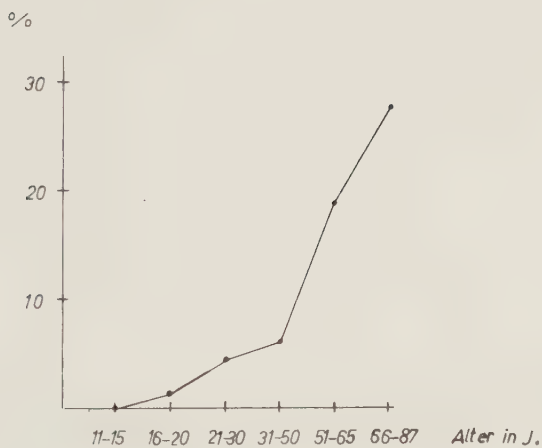


Abbildung 5: ($P < 0,1 \%$)

Prozentualer Anteil der Suizidhandlungen mit tödlichem Ausgang in Abhängigkeit vom Alter

Abszisse : Alter in Altersgruppen (♀)

Ordinate : Prozent mit tödlichem Ausgang in den jeweiligen Altersgruppen (♀)

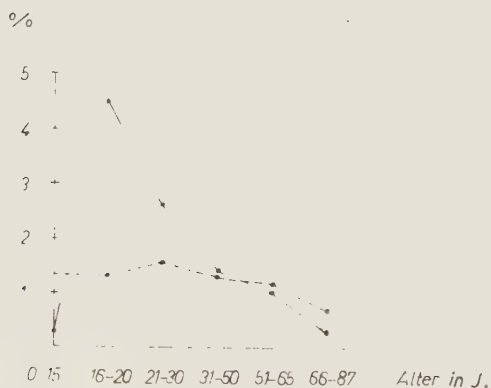


Abbildung 6: (P < 0,1 %)

Prozentualer Vergleich der Jahrgänge zwischen der Bevölkerung von Mainz und Suizidhandlungen der Städter in den jeweiligen Altersgruppen

Abszisse : Alter in Altersgruppen

Ordinate : Prozentualer Anteil jedes Jahrgangs in den jeweiligen Altersgruppen

———— Suizidhandlungen der städtischen Bevölkerung (♀)
 - - - - - Bevölkerung von Mainz (♀)

Die Prozentangaben errechnen sich aus dem Quotient:
 Prozentualer Anteil der jeweiligen Altersgruppe an Mainzer Patientengut bzw der Mainzer Normalbevölkerung / Anzahl der Jahrgänge in der jeweiligen Altersgruppe

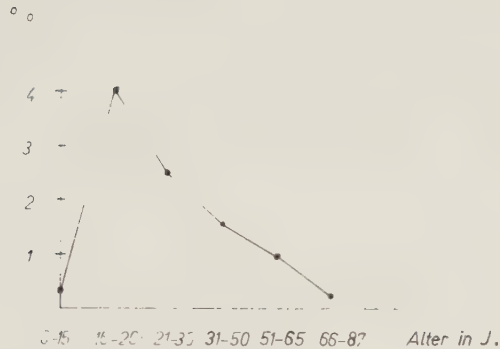


Abbildung 7:

Prozentualer Anteil der Jahrgänge aller Fälle an Suizidhandlungen in den jeweiligen Altersgruppen

Abszisse : Alter in Altersgruppen (x)

Ordinate : Prozentualer Anteil jedes Jahrgangs in den jeweiligen Altersgruppen (y)

Die Prozentangaben errechnen sich aus dem Quotient:
Prozentualer Anteil der jeweiligen Altersgruppe am
Gesamtpatientengut / Anzahl der Jahrgänge in der
jeweiligen Altersgruppe

Signifikant ist der höhere Anteil schwerer Vergiftungen bei den Männern gegenüber den Frauen (s. Tabelle 15) wobei bei den 11 - 30 jährigen männlichen Patienten in 32,8 %, den 31 - 65 jährigen in 25 % und den 66 - 87 jährigen in 20 % schwere Intoxikationen vorlagen (vgl. auch mit Tabelle 14), somit also insbesondere bei den jugendlichen Patienten die Intoxikationen der Männer schwerer sind.

Ernsthafte Selbstmordhandlungen wurden in den älteren Gruppen signifikant häufiger als in den jüngeren registriert. Insgesamt scheint die Ernsthaftigkeit mit steigendem Alter stetig anzusteigen (s. Abbildung 8).

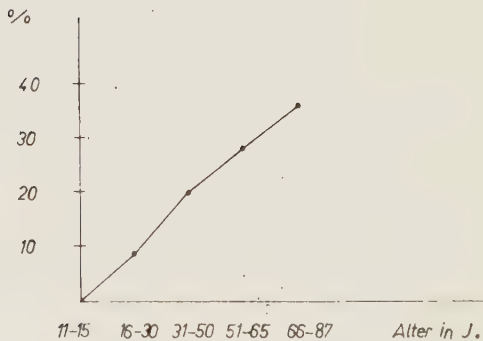


Abbildung 8: (P < 1 %)

Ernsthafte Selbstmordhandlungen in Abhängigkeit
von ...

X-Achse : Alter in Altersgruppen

Y-Achse : Prozent ernsthafter Selbstmordhandlungen

Insgesamt waren Vergiftungen zwar erheblich häufiger als die Anwendung "brutaler Methoden" wie Strangulation, Pulsaderschnitt, Erschießen, Ertrinken, Erstechen oder Fenstersprung (Verhältnis 6,4 zu 1), die Aufschlüsselung nach dem Alter zeigt jedoch keine Bevorzugung einer bestimmten Gruppe; die eingenommenen Giftmengen verteilten sich altersabhängig unauffällig, dagegen zeigte sich eine signifikante Zunahme des Intoxikationsgrades mit dem Alter bei den mittelschweren und schweren Vergiftungen, während die leichteren mit zunehmendem Alter abnehmen (s. Tabelle 14).

Altersgruppe(J.)	leichte Vergiftungen	mittelschwere Vergiftungen	schwere Vergiftungen	Σ
11 - 30	69,6	25,2	5,2	100
31 - 65	60,0	28,5	11,5	100
66 - 87	38,5	38,5	23,0	100

Tabelle 14: ($P < 5 \%$)

Schweregrad der Vergiftungen und Alter in Prozent

Geschlecht	leichte Vergiftungen	mittelschwere Vergiftungen	schwere Vergiftungen	Σ
Männer	34,4	36,8	28,8	100
Frauen	64,1	27,2	8,7	100

Tabelle 15: ($P < 0,1 \%$)

Schweregrad der Vergiftungen und Geschlecht in Prozent (Männer nach Unterlagen von PISTOR, W.)

Suizidversuche mit demonstrativem Charakter verteilten sich dagegen stärker auf das jüngere Patientengut: Bei den 11 - 15 Jährigen in 61,5 %, den 16 - 20 Jährigen in 43,1 % und den 21 - 30 Jährigen in 38,7 %; Kurzschlußreaktionen waren in allen Altersgruppen etwa gleichhäufig vertreten.

Abnorme Erlebnisreaktionen konzentrierten sich signifikant in die Gruppen der jüngeren Patientinnen (s. Tabelle 16), während Depressionen (ausschließlich der menopausalen Depression) mit zunehmendem Alter häufiger wurden (s. Tabelle 17).

Alter (J.)	abnorme Erlebnisreaktion	keine abnorme Erlebnisreaktion	Relation
11-15	14	1	14:1
16-20	56	7	8:1
21-50	119	48	2,5:1
51-65	21	24	0,9:1
66-87	8	8	1:1

Tabelle 16: (P < 0,1 %)

Abnorme Erlebnisreaktion und Alter in Fallzahlen

Alter(J.)	Depression	keine Depression
11-15	18,7	81,3
16-20	29,3	70,7
21-30	50,0	50,0
31-50	51,3	48,7
51-65	66,7	33,3
66-87	77,8	22,2

Tabelle 17: (P < 0,1%)

Depression und Alter in Prozent

Aus dem bearbeiteten Aktengut war es leider nicht möglich zu ersehen, wieviel Zeit vom Augenblick der Tabletteneinnahme bis zur Einlieferung in die Klinik verstrich und ob evtl. aufgrund anderer Lebensverhältnisse wie geringerer mitmenschlicher Kontakt die älteren Patientinnen später intoxikiert aufgefunden und somit z. T. zu spät in ärztliche Behandlung kamen; als Ursache für die höhere Sterblichkeit der älteren Patientinnen darf jedoch die ernsthaftere Anlage der Suizidhandlung und die schwerere Intoxikation bei nicht nachweisbar größeren Giftmengen gewertet werden; ob dafür die geringere Widerstandskraft des älteren Organismus verantwortlich gemacht werden kann oder ob die ernsthaftere Anlage zu einem späteren Auffinden der Patientinnen und somit zu einer Verringerung der Überlebenschancen führte, konnte nicht geklärt werden.

Die vorwiegend demonstrativen Suizidhandlungen der jüngeren Gruppen (bis 30 - Jährige) enden aus verständlichen Gründen nur selten tödlich, denn hier hat der Versuch vorwiegend Appellfunktion: ".... das wahre Ziel des Selbstmordversuchs ist nicht Selbstvernichtung, sondern Überleben." (STENGEL S. 113, Zeile 3 - 4) Es handelt sich vorwiegend um abnorme Erlebnisreaktionen bei Problemen mit den Eltern (bei den 11 - 15 Jährigen in 78,6 %, den 16 - 20 Jährigen in 48,2 %) und schon längere Zeit bestehenden Schwierigkeiten in einem Freundschaftsverhältnis bei 54,4 % der 21 - 30 Jährigen (Analyse gegen 4 Variable: gestörtes Verhältnis zu den Eltern oder einem Elternteil, zum Ehegatten, in einem Freundschaftsverhältnis - fast ausnahmslos zu einem Freund - und zur gesamten Umgebung); entsprechend häufig sind voreheliche Liebes- oder Freundschaftskonflikte unmittelbarer Anlass zur Selbstmordhandlung: Bei den 11 - 15 Jährigen in 50 % und den 16 - 20 Jährigen in 49,2 %, während bei den 21 - 30 Jährigen der eheliche Konflikt (in 34,4 %) mehr Bedeutung erhält als der voreheliche Liebeskonflikt (in 29,7 %) (Analyse gegen 3 Variable: Vorehelicher Liebeskonflikt, ehelicher Liebeskonflikt, kein Liebeskonflikt). Nur in einem Fall endete eine demonstrative Suizidhandlung tödlich, entsprechend 1,1 % der Verlaufsbeobachtungen demonstrativer Selbstmordhandlungen.

Keinesfalls sollte daraus aber der Schluß gezogen werden, diese Versuche seien ungefährlich und verdienten deshalb nicht der Beachtung. Gerade auf Beachtung und Änderung einer Situation sind sie bei ihrer Appellfunktion ausgerichtet: "Wegen ihrer Wirkung auf andere Menschen stellt die Androhung von Selbstmordhandlungen in allen Gesellschaften, in denen der Selbstmord gefürchtet ist und mißbilligt wird, einen der Regulatoren der menschlichen Beziehungen dar. Es gibt nur eine Möglichkeit, dieser Drohung ihre Appellfunktion zu nehmen: den Appell selber unnötig zu machen." (STENGEL, "Selbstmord und Selbstmordversuch" S. 116, Zeile 11 - 16)

Der Einfluß des Familienstandes

Untersucht wurden die Variablen ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden und in Scheidung befindlich und in ihrer Abhängigkeit von anderen Merkmalen auf Signifikanz geprüft. Dabei ist jeweils zu beachten, daß nicht nur der Familienstand für sich besondere Zuordnungen schafft, sondern vielmehr die von dem Familienstand abhängige andere Lebensweise und Lebensproblematik die Verteilung der Variablen bestimmt. Wir werden in einigen Punkten versuchen nachzuweisen, welche Situationen im o. g. Sinne Bedeutung erlangen.

Die Vermutung, daß besonders die Menschen, deren Familienstand bezüglich des Alters von der Norm abweicht (junge Geschiedene, ältere Ledige), besonders gefährdet sind, konnte nicht grundsätzlich bestätigt werden, kann aber auch nicht in allen Fällen abgewiesen werden. Insgesamt sind Verwitwete signifikant weniger, Ledige und Geschiedene häufiger als erwartet registriert (s. Tabelle 18), wobei hier vermutlich die familienstandsabhängige Altersverteilung von Krankengut und Bevölkerung Einfluß gewinnt. Unauffällig verhielten sich die Verwitweten in den einzelnen Altersgruppen, lediglich in den jüngeren Gruppen war bei ihnen der Anteil der Selbstmordhandlungen (1 Selbstmordhandlung von insgesamt 35 Verwitweten dieser Altersklasse) auffällig, aber aufgrund des geringen Zahlenmaterials nicht signifikant erhöht. Geschiedene haben in allen Altersklassen ein erhöhtes Selbstmordrisiko, Verheiratete in keiner (s. Tabellen 19 - 21).

Familien- stand	ledig	verhei- ratet	ver- witwet	geschie- den	Summe
Patientinnen über 10 J.	25,9	49,2	8,0	6,9	100
Mainzerinnen über 10 J.	26,9	54,4	15,1	3,6	100

Tabelle 18: ($P < 0,1 \%$) (*s. Anmerkung)

Patientinnen und Bevölkerung von Mainz in Abhängigkeit vom Familienstand bei den über 10 - Jährigen in Prozent.

Familien- stand	ledig	verhei- ratet	verwit- wet	geschie- den	Summe
Patientinnen 11-30 Jahre	61,7	31,3	0,6	2,9	100
Mainzerinnen 11-30 Jahre	29,8	38,5	0,1	1,6	100

Tabelle 19: ($P < 2,5 \%$)

Patientinnen und Bevölkerung von Mainz in Abhängigkeit vom Familienstand in der Altersgruppe der 11-30 - Jährigen in Prozent.

*Anmerkung: Da sich das Einzugsgebiet der Klinik mit keiner Bevölkerungsstatistik decken kann, wurde die Mainzer Bevölkerungsstatistik von 1971 zur Vergleichsberechnung benutzt. Bei Benutzung der Bevölkerungsstatistik von Rheinland Pfalz 1971 ändern sich die berechneten Signifikanzen unwesentlich, sodaß der Vergleich als verwertbar angesehen werden darf.

Familien- stand	ledig	verhei- ratet	ver- witwet	geschie- den	Summe
Patientinnen 31-50 Jahre	11,5	74,3	4,4	9,8	100
Mainzerinnen 31-50 Jahre	10,2	81,5	3,2	5,1	100

Tabelle 20: ($P < 10 \%$) (nicht signifikant)

Patientinnen und Bevölkerung von Mainz in Abhängigkeit vom Familienstand in der Altersgruppe der 31-50 - Jährigen in Prozent.

Familien- stand	ledig	verhei- ratet	ver- witwet	geschie- den	Summe
Patientinnen über 50 Jahre	4,5	52,8	32,9	10,0	100
Mainzerinnen über 50 Jahre	11,5	46,4	37,9	4,2	100

Tabelle 21: ($P < 2,5 \%$)

Patientinnen und Bevölkerung von Mainz in Abhängigkeit vom Familienstand in der Altersgruppe der über 50 - Jährigen in Prozent.

Wesentliche Unterschiede werden deutlich bei der Analyse einiger Motive: Selbstmordhandlungen aufgrund von Fehlverhalten eines Partners (z. B. Alkoholabusus, Nikotinabusus, sexuelles Fehlverhalten) sind mit 10,2 % insgesamt nicht allzu häufig, interessant ist jedoch das Verteilungsmuster: Bei den Ledigen (in 3,7 %), den Verwitweten in keinem Fall und den Geschiedenen in 6,2 % waren gegenüber den Verheirateten (in 16,3 %) und in Scheidung Befindlichen (in 37,5 %) signifikant weniger Probleme dieser Art Selbstmordanlass (s. Tabelle 22).

Familienstand	ledig	verheiratet	verwitwet	geschieden	in Scheidung befindlich	Summe
Fehlverhalten eines Partners	4	22	0	1	3	27
kein Fehlverh. eines Partners	104	113	27	15	5	164
Summe	108	135	27	16	8	294

Tabelle 22: (P < 0,1 %)

Fehlverhalten eines Partners als Motiv für Selbstmordhandlungen in Abhängigkeit vom Familienstand in Absolutzahlen

Verständlicherweise erlangt das Fehlverhalten der nächsten Bezugsperson umso mehr Bedeutung, wenn eine feste Bindung an diese Person besteht. Der hohe Anteil der in Scheidung Befindlichen erklärt sich dadurch, daß sowohl das Fehlverhalten des Ehemanns zur Scheidung führen konnte als auch die beabsichtigte Scheidung selbst als ein Fehlverhalten aufgefaßt werden kann.

Der Tod eines Familienmitglieds bedeutet eine ganz besondere Gefährdung für die Verwitweten (s. Tabelle 23), vermutlich, weil häufig der Tod des nächsten Familienangehörigen - des Ehemanns - Suizidmotiv wurde.

Familienstand	ledig	verheiratet	verwitwet	geschieden	in Scheidung	zus.
Tod eines Familienmitglieds	1	3	6	2	0	12
kein Tod eines Familienmitglieds	119	146	26	21	9	321
Prozent mit Tod eines Familienmitglieds	0,8	2,0	18,7	8,7	0,0	3,7

Tabelle 23: (P < 0,1 %)

Patientinnen mit Suizidmotiv "Tod eines Familienmitglieds" in Abhängigkeit vom Familienstand.

Die Hälfte aller Suizidhandlungen, die mit einem familiären Todesfall in Zusammenhang stehen, wurden von Verwitweten begangen, die insgesamt nur 8 % des Patientenguts ausmachen, von den Verwitweten selbst waren es 19 %.

In vermutlich ursächlichem Zusammenhang damit ließ sich die Vereinsamung bei Verwitweten als besondere Gefährdung herausstellen (57,1 % der Verwitweten) aber auch bei Geschiedenen (in 37,5 %) und in Scheidung Befindlichen (in 22,2 %) ist gegenüber den Ledigen und Verheirateten die Vereinsamung ein häufiges Motiv (s. Tabelle 24).

Familien- stand	ledig	verhei- ratet	ver- witwet	geschie- den	in Schei- dung	zus.
Vereinsamung	11	13	12	6	2	44
keine Vereinsamung	102	132	9	10	7	260
Prozent mit Vereinsamung	9,7	9,0	57,1	37,5	22,2	16,9

Tabelle 24: (P < 0,1 %)

Patientinnen mit Suizidmotiv "Vereinsamung" in Abhängig-
keit vom Familienstand.

Auch bei der Frage nach einem gestörten Umweltverhältnis kommt in der Vorgeschichte der am nächsten stehenden Bezugsperson offenbar größte Bedeutung zu. So lagen bei den Ledigen vorwiegend Schwierigkeiten mit den Eltern oder einem Freund vor, die Verheirateten hatten überwiegend Probleme mit dem Ehemann; bei den Verwitweten ließ sich in der Mehrzahl der Fälle kein gestörtes Verhältnis zu einem Partner finden, vielmehr wurde die gesamte Umgebung als Störfaktor wirksam, wobei sowohl Lebensumstände (Patientinnen, die sich in ihrer Umgebung einfach nicht mehr "zurecht fanden") als auch persönliche Beziehungen einbegriffen wurden; bei den Geschiedenen gewinnt besonders ein gestörtes Freundschaftsverhältnis größere Bedeutung.

Krankheit oder Delikt in der Familie und kriminelle Tat zeigten keine Abhängigkeiten vom Familienstand; auch eine unerwünschte Gravidität ist mit 4,6 % der Ledigen ein auffallend seltenes Motiv, bedenkt man nur die Häufigkeit unerwarteter Schwangerschaften und die häufig damit verbundenen Schwierigkeiten wie Milieuänderung, Verlassen des Elternhauses, finanzielle Einbußen, Übernahme neuer unbekannter Verantwortung, Änderung der Lebensgewohnheiten, Situationsunkenntnis etc.; vermutlich deshalb sind die Ledigen bei Zusammenfassung der anderen Gruppen signifikant (P < 5 %) häufiger durch eine Selbstmordhandlung wegen unerwünschter Gravidität betroffen.

Finanzielle Probleme sind bei Geschiedenen und in Scheidung Befindlichen vermehrt ($P < 0,1 \%$) Anlaß zur Selbstmordhandlung.

Bei den Verwitweten wurde in 40,7 % eine eigene schwere oder eingebildet schwere Erkrankung (Hypochonder) oder eine objektiv leichte Erkrankung als unerträglich empfunden und führte zu einer signifikanten Erhöhung der Selbstmordhandlungen ($P < 1 \%$). Wie bereits weiter oben erwähnt, sind Liebesprobleme häufigstes Motiv: Bei den Ledigen in 49,1 % (nur voreheliche Probleme), den Verheirateten in 46,2 % (nur eheliche Probleme), den Geschiedenen in 50 % (nur Probleme, die sich auf einen neuen Partner und nicht auf den getrennten Ehemann beziehen), den in Scheidung Befindlichen in 100 %. jedoch unterteilt in 14,3 % Probleme mit einem neuen Partner und in 85,7 % mit dem noch in Scheidung befindlichen Ehemann, wobei ganz offenbar noch der Eindruck der Scheidung selbst vorwiegend Bedeutung erlangt. Nur bei den Verwitweten war in keinem Fall ein Liebesproblem als Suizidanlass erkennbar (s. Tabelle 25).

Liebeskonflikt

Familienstand	vorehelich	ehelich	kein Konflikt	zus.
Ledig	49,1	0,0	50,9	100
Verheiratet	0,0	46,2	53,8	100
Verwitwet *	0,0	0,0	100,0	100
Geschieden *	50,0	0,0	50,0	100
in Scheidung *	14,3	85,7	0,0	100

Tabelle 25: ($P < 0,1 \%$)

Liebeskonflikt und Familienstand in Prozent

*n < 100

Die der Selbstmordhandlung in Abhängigkeit vom Familienstand zugrunde liegende unterschiedliche Motivation läßt einen Einfluß auf die Ernsthaftigkeit der Durchführung vermuten. In Tabelle 26 ist das Verteilungsmuster der Ernsthaftigkeit in Abhängigkeit vom Familienstand zur besseren Übersichtlichkeit nur in Prozentangaben wiedergegeben.

Ernsthaftigkeit

Familienstand	ernsthaft	demonstrativ	Kurzschluß	abnorm psychische Fehlhaltung	Summe
ledig *	10,1	39,4	31,3	19,2	100
verheiratet	12,6	33,3	43,3	10,8	100
verwitwet *	43,7	31,1	18,7	6,3	100
geschieden *	20,0	25,0	35,0	20,0	100
in Scheidung *	42,8	28,6	28,6	0,0	100

Tabelle 26: (P < 2,5 %)

Ernsthaftigkeit in Abhängigkeit vom Familienstand in Prozent.

Besonders zu beachten ist der hohe Anteil der ernsthaften Selbstmordhandlungen bei den Verwitweten und in Scheidung Befindlichen, während Verheiratete vermehrt Kurzschlußreaktionen und Ledige demonstrative Haltungen aufwiesen.

Entsprechend dem hohen Anteil ernsthafter Selbstmordhandlungen ist auch das Sterberisiko der Verwitweten mit 17,9 % sehr hoch. Übertroffen wird es nur noch von den in Scheidung Befindlichen mit 22,2 %. Da hier aber insgesamt nur 9 Fälle ausgewertet werden konnten, sollte die Aussage an einem größeren Zahlenmaterial überprüft werden.

* n < 100

Auch die Geschiedenen liegen mit 12,0 % tödlichem Ausgang noch höheranteilig als erwartet, während die Verheirateten das berechnete Durchschnittsrisiko erreichen. Deutlich vermindertes Sterberisiko haben mit 3,1 % nur die Ledigen (s. Tabelle 27) wohl wegen ihres geringen Lebensalters.

Familien- stand	Anzahl		Prozent	
	Selbst- mord	Selbstmord- versuch	Selbst- mord	Selbstmord- versuch
ledig	4	125	3,1	96,9
verheiratet	13	163	7,4	92,6
verwitwet	5	23	17,9	82,1
geschieden	3	22	12,0	88,0
in Scheidung	2	7	22,2	77,8

Tabelle 27: (P < 2,5 %)

Selbstmord und Selbstmordversuch in Abhängigkeit vom Familienstand.

Bei Männern fanden sich in allen Gruppen höhere Selbstmordraten; insgesamt lag das Sterberisiko bei 20,8 %, in Abhängigkeit vom Familienstand 13,5 %* bei Ledigen, 21,1 %* bei Verheirateten, 30,8 %* bei Verwitweten, 42,9 %* bei Geschiedenen und 40,0 %* bei in Scheidung Befindlichen.

* n < 100

In der Wahl der Giftmengen, der Methoden und im Schweregrad der Vergiftungen ließen sich keine auffälligen Korrelationen zum Familienstand nachweisen, ein Tatbestand, der umso erstaunlicher ist, da eine Abhängigkeit zum Sterberisiko besteht. Ganz offenbar ist also nicht die gewählte Methode Ursache für den höheren Anteil tödlicher Ausgänge bei den Verwitweten; einige Einflußfaktoren, die zeitlich vor der Suizidhandlung liegen wie Lebenssituationsabhängigkeit (Vereinsamung, schmerzhafte Vorerkrankungen, die bei den Verwitweten signifikant ($P = 1\%$) vermehrt waren und die Zugehörigkeit zu den älteren Gruppen) oder die Planung bzw. Durchführung (Ernsthaftigkeit) geben wesentliche Hinweise. 80 % der Verwitweten waren bereits vor Eintreffen ärztlicher Hilfe verstorben, eine Zahl, die nur unwesentlich von den Prozentsätzen der anderen Gruppen abweicht, so daß also zeitlich nach der Suizidhandlung stehende Faktoren keinen Einfluß auf das unterschiedlich hohe Todesrisiko haben können.

Der Einfluß des Berufs

Bereits weiter oben wurde auf die Gefährdung der Gruppe der Beamten, Angestellten und Arbeiter und der Studenten hingewiesen. Bei beiden Gruppen ließ sich jedoch keine auffallende Motivation ableiten. In der Vorgeschichte ist bei der Frage nach einem gestörten Verhältnis zu Bezugspersonen erwähnenswert, daß über die Hälfte der Studentinnen (54,4 %) ein gestörtes Verhältnis zu einem Freund hatten; bei der ersten Gruppe bestand etwa gleichhäufig ein gestörtes Verhältnis zum Ehegatten (33,5 %) wie zu einem Freund (35,4 %), bei den Hausfrauen in 78,2 % zum Ehegatten, bei den Schülern in 63,6 % zu den Eltern bzw. zu einem Elternteil; die Rentner fanden sich in 66,7 % mit ihrer gesamten Umgebung nicht mehr zurecht und die Hälfte der Stellungslosen hatte Schwierigkeiten mit dem Elternhaus.

*n < 100

Gegenüber allen Berufsgruppen wurden die Rentner mit 36,4 %* zu 14,0 %*signifikant häufiger durch Vereinsamung motiviert ($P < 5 \%$), ihre finanzielle Lage war nicht suizidfördernd, wie überhaupt finanzielle Sorgen berufsabhängig einflußlos blieben - ganz offenbar ein Verdienst der immer wieder erfolgten Rentenanpassungen und der Hochkonjunktur in den Jahren 1970/71 mit ihrem geringen Anteil an Stellungslosen.

Keine der untersuchten Berufsgruppen tendierte mehr als die anderen zu sedierend oder hypnotisch wirkenden Mitteln oder zu den härteren Einnahmemitteln wie Gas, Ätzgiften, Herbiziden oder Insektiziden oder sonstigen Giften und erwartungsgemäß ist auch der Schweregrad der Vergiftung unbeeinflußt von der Berufsgruppe; auch die Analyse der harten Methoden und Vergiftungen in Abhängigkeit von der Berufsgruppe gab keinen Hinweis für ein gesondertes Verhalten einzelner Berufsgruppen, ebenso wenig neigten die verschiedenen Gruppen zur unterschiedlichen Einnahme geringerer oder größerer Giftmengen. Ernsthafte Suizidhandlungen (s. Tabelle 28) waren häufiger bei den freiberuflichen Tätigen und den Rentnern. Möglicherweise sind bei den Rentnern die weiter o. g. Motive verantwortlich, da sie als Abschluß einer als hoffnungslos erlebten Lebenssituation angesehen werden können.

Berufsklasse	Prozent ernsthafter Selbstmordhandlungen	von Fallzahl n
Freier Beruf	(42,9)	7
Beamte, Angestellte, Arbeiter	12,0	100
Hausfrauen	14,0	65
Rentner	(44,4)	9
Studenten	(22,2)	9
Schüler	(0,0)	22
Stellungslose	(16,7)	4

Tabelle 28: ($P < 2,5 \%$)

Ernsthafte Selbstmordhandlungen in Abhängigkeit vom Beruf.

*n < 100

Bei den Schülern wurde in keinem Fall eine ernsthafte Selbstmordhandlung registriert, unter Studenten fand sich ein hoher Anteil psychisch abnormer Fehlhaltungen (44,4 %)*. Suizidhandlungen unter dem Einfluß einer abnormen Erlebnisreaktion lagen in 89 % bei den Stellungen, in 87 % bei den Schülern, in 80 % bei den Beamten, Angestellten und Arbeitern, in 73 % bei den Studenten, in 64 % bei den Hausfrauen und in 36 % bei den Rentnern vor ($P < 0,1$ %).

Erwähnt war bereits, daß Frauen weniger häufig zu den geschilderten harten Methoden tendierten als Männer; es ist daher naheliegend zu untersuchen, ob sich dieser Unterschied nicht nur im allgemeinen Geschlechtsvergleich nachweisen sondern in Abhängigkeit von den Berufsgruppen weiter einschränken läßt. Zu den geschilderten harten Methoden neigten die freiberuflichen Männer ($P < 5$ %) ohne jedoch häufiger als andere Berufsgruppen durch Suizid zu sterben; sonst zeigte keine Gruppe Auffälligkeiten in der Methodenwahl, dennoch haben bei den Frauen die Hausfrauen und Rentner mit 10,4 % und 23,5 %* ein erhöhtes Sterberisiko ($P < 5$ %), während bei den Männern keine Gruppe vermehrte Suizid-tendenz aufwies.

Die Rolle des Alkohols

Die besondere Bedeutung, die dem Alkohol bei einer Untersuchung über Selbstmord und Selbstmordversuch zukommt, wird von vielen Autoren hervorgehoben.

"Menschen, die zu depressiven Stimmungen neigen, greifen wegen seiner zeitweilig stimulierenden Wirkung leicht zum Alkohol. Dieser ist jedoch alles andere als ein zuverlässiges Mittel gegen Depressionen, vielmehr hat er in vielen Fällen eine deprimierende Wirkung. Er führt auch oft zu einer Reduzierung der Hemmungen und der Selbstbeherrschung und entbindet damit Selbstmordtendenzen und andere aggressive Impulse. Das ist der Grund, warum so viele Menschen Alkohol trinken, bevor sie Selbstmord

*n < 100

begehen bzw. einen Selbstmordversuch unternehmen, auch wenn sie nicht gewohnheitsmäßige Trinker sind." (STENGEL - "Selbstmord und Selbstmordversuch"- S. 50 Zeilen 26 - 35.)

Männer und Frauen zeigen ein deutlich unterschiedliches Verhalten: Nicht ganz jede 5. Frau (17,7 %) führte die Selbstmordhandlung unter Alkohol aus, Männer dagegen in 41,8 %; die altersmäßige Verteilung zeigt bei Frauen die höchsten Prozentzahlen in den Altersgruppen 21 - 30 Jahre und 31 - 50 Jahre mit 28,9 % bzw. 25,3 % (s. Tabelle 29).

Altersgruppe	Prozent unter Alkohol	von Fallzahl n
11 - 15 J.	(0,0)	10
16 - 20 J.	5,5	55
21 - 30 J.	28,9	76
31 - 50 J.	25,3	91
51 - 65 J.	6,8	44
66 - 75 J.	(11,1)	9
76 - 87 J.	(0,0)	8

Tabelle 29: (P < 0,1 %)

Prozentualer Anteil der Selbstmordhandlungen unter Alkohol in den Altersgruppen.

Besonders auffällig waren die freiberuflich Tätigen, die in 66,7 %* die Suizidhandlung unter Alkoholeinfluß ausführten (s. Tabelle 30).

*n < 100

Beteiligung von Alkohol	Berufsklasse						
	freier * Beruf	Arbeiter Angestellte Beamte	Haus- frau	Rent- ner *	Studen- ten *	Schül- ler *	Stel- lungsl.
Prozent unter Alkohol	66,7	22,6	15,1	6,25	11,1	5,6	14,3
Prozent nicht u. Alk	33,3	77,4	84,9	93,75	88,9	94,4	85,7
Summe	100	100	100	100	100	100	100

Tabelle 30: (P < 1,0)

Unter Alkohol ausgeführte Suizidhandlungen und Beruf in Prozent

Nicht nur die Berufsgruppe sondern auch der Berufsinhalt zeigt Auffälligkeiten: Untersucht wurden die Themen "medizinische und paramedizinische Berufe", "Gaststätten-gewerbe" und "andere Berufe", wobei erwartungsgemäß die im Gaststättengewerbe Tätigen mit 43,75 % den weitaus höchsten Anteil hatten (s. Tabelle 31); hier spielt vermutlich nicht nur die leichtere Zugänglichkeit alkoholischer Getränke sondern besonders das gewohnheitsmäßige Alkoholtrinken einen wesentlichen Faktor.

Berufsinhalt

Beteiligung von Alkohol	Ärzte und para- medizinische Berufe *	Gaststätten- gewerbe *	andere Berufe
Prozent unter Alkohol	20,7	43,75	17,1
Prozent nicht unter Alkohol	79,3	56,25	82,9
Summe	100,0	100,00	100,0

Tabelle 31: (P < 5 %)

Unter Alkohol ausgeführte Suizidhandlungen und Berufsinhalt in Prozent.

*n < 100

Zur Klärung wurden o. g. Berufsinhalte in Abhängigkeit von länger bestehendem Alkohol-, Medikamenten-, Alkohol- und Medikamenten- und/oder Nikotin- und/oder Opiat- und/oder anderem Drogenabusus und von Suchtfreiheit untersucht, wobei die im Gaststättengewerbe tätigen Patientinnen besonders durch ihren hohen Anteil an Alkoholsüchtigen (28,6 %) auffielen, während bei Ärzten und paramedizinischen Berufen gehäuft Medikamentensucht und kombinierte Medikamenten- und Alkoholsucht oder Nikotin- oder Drogensucht registriert wurden (s. Tabelle 32); auch insgesamt war Suchtfreiheit bei den medizinischen Berufen (76,5 %) und dem Gaststättengewerbe (71,4 %) weniger häufig als bei allen anderen Berufen (88,0 %).

Sucht

Berufsinhalt	Alkohol-süchtig	Medikamen-tensüchtig	Alkohol-und Medikamen-tensucht und/oder Ni-kotinsucht und/oder Opiatsucht und/oder LSD-Sucht	nicht süchtig	Summe
Medizinische * und paramedi-zinische Ber.	2,9	11,8	8,8	76,5	100
Gaststätten-gewerbe *	28,6	0,0	0,0	71,4	100
andere Berufe	5,3	3,8	2,9	88,0	100

Tabelle 32: (P < 1 %)

Sucht in Abhängigkeit vom Berufsinhalt in Prozent.

Die bewußtseinsverändernde Wirkung des Alkohols berech-tigt zu der Frage, ob durch seine Einnahme die Ausführung der Selbstmordhandlung geändert wird: Hinsichtlich der angewandten Methoden wurden weder die weniger risiko-reichen Einnahmemittel noch die brutaleren weiter oben

*n < 100

geschilderten Handlungen nach Alkoholgenuß häufiger; auffallend scheint jedoch eine relative Abnahme der härteren Methoden**, Patientinnen, die eine der "härteren" Methoden wählten, standen bei der Durchführung in 14,3 % unter Alkohol, wurde die "weichere" Methode (Tabletteneinnahme) vorgezogen, war Alkohol in 19,1% beteiligt. Dafür bieten sich im wesentlichen folgende Deutungen an: Entweder wird durch die Alkoholeinnahme das "brutalere" Vorgehen gehemmt und die Tabletteneinnahme vorgezogen oder die ernsthaftere Planung verbietet a priori den Alkoholgenuß, oder es kommt erst durch die enthemmende Wirkung des Alkohols zu einer Selbstmordhandlung durch Tabletteneinnahme. Diese Meinung wird u. a. von E. Stengel vertreten, der in seinem Buch Selbstmord und Selbstmordversuch nach Versuchen von John Cohen darauf hinweist (S. 114), daß unter Alkohol die Risikobereitschaft steigt. Die Ernsthaftigkeit der Durchführung blieb ebenso alkoholunabhängig wie das Sterberisiko; interessant scheint jedoch die Tendenz einer Zunahme der demonstrativen Versuche nach Alkoholeinnahme in 41 % gegenüber 30,9 % ohne Alkoholeinfluß. Wenn auch eine statistische Signifikanz nicht vorliegt, sollte die vermutete Tendenz doch Anlass zu weiteren Überprüfungen geben, da dem Hausarzt Konfliktsituationen seiner jüngeren labilen Patientinnen in Verbindung mit einer Neigung zum Alkohol häufig direkt oder indirekt zugetragen werden und sich damit Ansätze zu einem prophylaktischen Vorgehen anbieten.

**Anmerkung: statistisch nicht signifikant.

*1 < 100

Zusammenfassung

Anhand von Krankengeschichten wurden Selbstmordhandlungen von 372 Frauen in den Jahren 1970 und 1971 aus Mainz und seiner näheren Umgebung analysiert. Einige wesentliche Gesichtspunkte im unterschiedlichen Verhalten von Frauen und Männern sowie Abhängigkeiten von sozialen und psychischen Faktoren sollen an dieser Stelle noch einmal angeführt werden.

1. Bei Einbeziehung aller Suizidhandlungen überwiegen die Frauen gegenüber den Männern in der Relation 1,65 zu 1. Der Anteil der Frauen ist gegenüber früheren Untersuchungen angewachsen.
2. Bei Frauen ist der tödliche Ausgang mit 7,5 % sehr viel seltener als bei Männern (21, 5 %).
3. Tödliche Verläufe sind bei Männern in allen Altersgruppen häufiger als bei Frauen.
4. Tödlicher Ausgang ist bei Verwitweten mit 17,9 %* und in Scheidung Befindlichen mit 22,2 %* für Frauen sehr häufig.
5. Tödliche Verläufe nehmen mit dem Alter sprunghaft zu. Die Älteste Gruppe der 66 - 87 jährigen Frauen hatte gegenüber den 16 - 20 Jährigen ein zwanzigfaches Todesrisiko.
6. Am häufigsten sind Selbstmordhandlungen im Alter zwischen 16 und 30 Jahren.
7. Ledige und Geschiedene sind besonders anfällig für Suizidhandlungen.
8. Die katholische Glaubensrichtung vermindert auch heute noch das Suizidrisiko der Frauen.
9. Beamte, Angestellte, Arbeiter und Studenten haben eine erhöhte Rate an Suizidhandlungen.
10. Ausländer sind nicht vermehrt gefährdet.
11. Die häufigsten Motive für Suizidhandlungen sind zwischenmenschliche Konfliktsituationen, besonders der Liebeskonflikt und Schwierigkeiten im häuslichen Bereich (meist mit den Eltern).
12. Suizidale Intoxikationen mit Tabletten lagen in 83,3 % vor und haben somit weiter zugenommen. Geringe Einnahmengen werden bevorzugt.
13. Ernsthafte Selbstmordhandlungen nehmen mit dem Alter zu, demonstrative ab.
14. Abnorme Erlebnisreaktionen sind häufiger in der Jugend. Depressionen (außer menopausalen Depressionen) nehmen mit dem Alter zu.

*n < 100

15. Vereinsamung und schmerzhaftes Erkranken bedeuten eine Gefährdung für Verwitwete.
16. Vereinsamung motiviert die Rentner mit 36,4 %^{*} häufiger als andere Berufsgruppen (14,0 %) zur Selbstmordhandlung.
17. Rentner und freiberuflich Tätige neigen zu ernsthaften Suizidhandlungen, freie Berufe auch zu harten Methoden.
18. Alkoholeinfluß spielt eine dominierende Rolle: 41,8 % der Männer hatten vor der Selbstbeschädigung Alkohol getrunken, Frauen in 17,7 %.
19. Alkoholsucht ist bei den im Gaststättengewerbe Tätigen eine häufige Vorerkrankung (28,6 %).^{*}
20. Medikamentensucht ist in den medizinischen und paramedizinischen Berufen häufiger als in anderen Berufsrichtungen mit Selbstmordhandlung korreliert.
21. Alkoholeinfluß ändert weder die Methodenwahl noch das Sterberisiko.

^{*}n < 100

Hinweise zur Prophylaxe von Selbstmordhandlungen

Durch eine breite Aufklärung der Bevölkerung über Probleme des Selbstmordes können noch bestehende Tabus abgebaut werden und gefährdete Gruppen frühzeitig einer notwendigen Betreuung zugeführt werden.

Eine stärkere soziale Gruppenintegration durch familiäre Bindung, Religion, soziale Gruppen, Kampf gegen Alkohol, Vollbeschäftigung, ärztliche Versorgung sollte angestrebt werden.

Grundsätzlich müssen alle Patienten, die einen Selbstmordversuch unternahmen, psychiatrisch begutachtet werden.

Überwachung der "Hausapotheken" durch den Hausarzt und Rezeptur nur kleiner Mengen von Hypnotika und Sedativa kann den tödlichen Ausgang durch Einnahme excessiv großer Tablettenmengen verhindern.

Nicht rezeptpflichtige Mittel sollten kleinere Originalpackungen haben; Apotheker sollten kritischer sein bei der Ausgabe von Schlafmitteln besonders an jüngere Personen.

Schwierigkeiten bei Freundschaften der jüngsten Patientinnen sind ernst zu nehmen.

Den Truppenärzten des Militärs und den Kreiswehrrersatzämtern ist die Risikoliste zur Abschätzung der Suizidalität nach E. Ringel zur Anwendung bei auffälligen Bundeswehrangehörigen anzuraten ("broken home" der Wehrpflichtigen, psychopathische Persönlichkeiten, Drogenabhängige, Homosexuelle, nicht anerkannte Kriegsdienstverweigerer).

Einrichtungen neuer Behandlungsinstitutionen im Sinne einer "Crisis - Intervention - Clinic" oder "Suicid - Prevention - Center" mit den Aufgaben der Erfassung und Betreuung Suizidgefährdeter und einer spezifischen Nachbehandlung haben sich bereits ebenso bewährt wie der Ausbau telephonischer Seelsorgeeinrichtungen mit 24 - stündigem Bereitschaftsdienst und entsprechend geschultem Personal.

Eine bessere Öffentlichkeitsarbeit und allgemeine Zugänglichkeit zu vorhandenen Einrichtungen wie z. B. der "Campus für Christus Gruppe" der Universitäten und Organisationen vom Typ Samariter mit dem Ziel eines unmittelbaren Angebots von Hilfe als Freundschaft, nachbarlicher Hilfe, Mitgefühl und Liebe sind besonders zur Nachbetreuung der Patienten geeignet.

Durch Ausbau und Vermehrung klinischer Einrichtungen wie z. B. der im Frühjahr 1975 ihrer Bestimmung übergebenen psychosomatischen Abteilung der Universitätsklinik Marburg können die selbstgestellten Hauptaufgaben, bei akuten psychischen Krisensituationen einzugreifen, durch geschultes Personal wirksam gelöst werden.

Der weitere Ausbau von Intensivpflegeeinrichtungen ermöglicht durch rasches Einsetzen geeigneter Hilfe eine Verminderung der Todesfälle.

Die sozialen Grundbedürfnisse eines alten Menschen: "Das Beschäftigtsein, ein Einkommen und eine Wohnung" (HAGENBUCHNER S. 42) müssen beachtet werden. Häufig hat der Hausarzt die Möglichkeit, die unbefriedigende Lebenssituation zu erkennen und durch persönlichen Einsatz Abänderung zu schaffen.

Kenntnis und Anwendung der "Risikoliste zur Abschätzung der Suizidalität" (RINGEL) durch den Hausarzt und Erfassung der gefährdeten Gruppen durch Kenntnis der Selbstmordprobleme und des präsuizidalen Syndroms (1. Einengung des seelischen Lebensbereiches, Vereinsamung und Stagnation der seelischen Kräfte; 2. Aggressionshemmung: Aggressionen, die sich nicht gegen andere richten können, richten sich gegen die eigene Person; 3. Todeswünsche und Selbstmordphantasien)(PÖLDINGER "Die Abschätzung der Suizidalität", Band I, S. 17, Zeile 22 - 26) können sowohl im Einzelfall eine Suizidgefährdung erkennen lassen, bieten aber auch eine wichtige Grundlage für überregionale statistische Auswertungen.

Schlußbetrachtung

Die besondere Problematik der Selbstmordforschung ist die dynamische Aetiologie, die Einbeziehung eines weiten Feldes sich ändernder Faktoren im sozialen, religiösen und medizinischen Bereich in die Krankheitsursachen und die innerhalb dieser Bereiche auftretenden Wechselwirkungen und Abhängigkeiten von dem persönlichen Erleben. Somit ist die Suche nach einer Ursache für Selbstmordhandlungen a priori zum Scheitern verurteilt. Es gibt nicht ein krankmachendes Agens wie etwa die Klebsiella für die Friedländer Pneumonie oder den chromosomalen Grundtyp xxy für das Klinefelter-Syndrom, sondern eine multifaktoriell - zeitabhängige Aetiologie. Daher leitet sich die Forderung nach einer Selbstmordforschungsorganisation ab, die sowohl - wie die vorliegende Arbeit - laufend Untersuchungen in einzelnen regional begrenzten Bezirken vornimmt als auch zur Integration der Einzelergebnisse in einem nationalen und übernationalen Bereich befähigt sein sollte, um sich wandelnde Tendenzen in der Motivation zu Selbstmordhandlungen frühzeitig und somit prophylaktisch wirksam erkennen zu lassen.

Literaturverzeichnis

- BÖCKER, F. Suizide und Suizidversuche in der Großstadt, dargestellt am Beispiel der Stadt Köln - Stuttgart 1973 / Georg Thieme Verlag Stuttgart
- BRAUN, C. Selbstmord/Soziologie, Sozialpsychologie, Psychologie - Wilhelm Goldmann Verlag München 1971
- DAHM, K. und HÄNDEL, K. Untersuchungen über Selbstmord und Selbstmordversuch in einem ländlichen Bevölkerungsgebiet - März 1970 / Uetersen / Wissenschaftliches Beiblatt zur Materia Medica Nordmark
- DÜHRSEN, A. Zum Problem des Selbstmordes bei jungen Mädchen - Göttingen 1967 / Beiheft zur Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie / Verlag Vandenhoeck und Ruprecht
- DÜRKHEIM, E. Der Selbstmord - Deutsche Übersetzung Oktober 1973
- HAGENBUCHNER, K. Der Selbstmord des alten Menschen - März 1967 / Innsbruck / Wissenschaftliches Beiblatt zur Materia Medica Nordmark
- KALNINS, F. Analyse von 2215 Suizidversuchen Erwachsener - Hamburg 1963 / Dissertation Universität Hamburg
- LINDEN, K.J. Der Suizidversuch - Ferdinand Enke Verlag / Stuttgart 1969
- PISTOR, W. Suizidale Handlungen der männlichen Bevölkerung im Raum Mainz in den Jahren 1970 und 1971
Eine epidemiologische und deskriptive Untersuchung anhand von 228 Fällen
- PÖLDINGER, W. Die Abschätzung der Suizidalität - Band I / Stuttgart 1968 / Verlag Hans Huber Bern und Stuttgart

- RINGEL, E. Selbstmordverhütung - Bern 1969
- SCHULTE TÖLLE Psychiatrie - Berlin, Heidelberg,
New York 1971 / Springer Verlag
- STENGEL, E. Selbstmord und Selbstmordversuch -
Frankfurt/Main 1969 / S. Fischer Verlag
- Statistisches Jahrbuch von Rheinland
Pfalz 1971, Gemeindeblatt der Volks-
zählung Mainz 1970 Blatt 1 bis 4.
Statistisches Landesamt Bad Ems -
Wohnbevölkerung Stadtkreis Mainz am
31.12.1971

Gert Pistor
6435 Oberaula
Heerstraße 6

Lebenslauf

Als Sohn des praktischen Arztes Dr. H. Pistor und seiner Ehefrau Karin geb. Lotz wurde ich am 06.11.1948 in Oberaula geboren.

Ich besuchte vier Jahre die Volksschule von Oberaula und anschließend das humanistische Gymnasium von Bad Hersfeld ("Alte Klosterschule") achteinviertel Jahre bis zum Abitur am 16.06.1967. Vor Aufnahme meines Universitätsstudiums in Mainz leistete ich vom 20.06.1967 bis zum 31.08.1967 den vorgeschriebenen Krankenpflagedienst ab.

Im Winterhalbjahr 1967/68 begann ich in Mainz den vor-klinischen Teil meines Medizinstudiums, den ich nach bestandener naturwissenschaftlicher (am 27.09.1968) und ärztlicher (am 23.03.1970) Vorprüfung beendete. Nach meinem ersten klinischen Semester im Sommer 1970 in Mainz blieb ich für ein halbes akademisches Jahr an der Università Degli Studi Di Roma. Am 08. März 1971 heiratete ich meine Frau Anna geb. Colagrossi in ROM. Zu Beginn des Sommersemesters zogen wir gemeinsam nach Mainz, wo ich am 27.06.1973 das ärztliche Staatsexamen mit dem Urteil sehr gut bestand und meine Frau das Staatsexamen als Medizinisch - technische Assistentin ablegte.

Anschließend war ich als Medizinalassistent in Kinderchirurgie, Innere Medizin und in einer allgemeinmedizinischen Praxis tätig.

Im Oktober 1974 wurde ich nach Erhalt der Approbation als Arzt am 15.09.1974 als Wehrpflichtiger zu truppenärztlicher Tätigkeit in die Bundeswehr einberufen.

Oberaula, den 01. Oktober 1975

